



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych

Author: Agnieszka Huras-Darkowska

Citation style: Huras-Darkowska Agnieszka. (2020). Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych. "Roczniki Administracji i Prawa" (2020), z. 4, s. 213-224. DOI: 10.5604/01.3001.0014.8435



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Received: 20.09.2020
Accepted: 22.10.2020
Published: 30.12.2020

Roczniki Administracji i Prawa
Annals of The Administration and Law
2020, XX, z. 4: s. 213-224
ISSN: 1644-9126
DOI: 10.5604/01.3001.0014.8435
<https://rocznikiadministracjiiprawa.publisherspanel.com>

Agnieszka Huras-Darkowska*
Nr ORCID: 0000-0002-7039-6130

UBEZPIECZENIE Z TYTUŁU ZDARZEŃ MEDYCZNYCH

MEDICAL INCIDENT INSURANCE

Streszczenie: Regulacje obowiązujące od 2012 r., określające zasady oraz tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, budziły wiele wątpliwości dotyczących charakteru prawnego umowy ubezpieczenia z tytułu tych zdarzeń (ubezpieczenie obowiązkowe czy ubezpieczenie dobrowolne; ubezpieczenie z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków czy ubezpieczenie OC) oraz samej odpowiedzialności podmiotów leczniczych. W praktyce wątpliwości dotyczyły dodatkowego obciążenia szpitali obowiązkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, a w razie braku ubezpieczenia lub wyczerpania sumy ubezpieczenia – koniecznością zaspokojenia roszczeń wnioskodawcy. Szerokie wątpliwości praktycznych oraz prawnych spowodowały nowelizację obowiązujących przepisów.

Słowa kluczowe: zdarzenie medyczne, ubezpieczenie, lekarz, pacjent

Summary: Regulations in force since 2012, defining the rules and procedure for determining compensation and redress in the case of medical events raised many doubts about the legal nature of the insurance contract for these events (compulsory or voluntary insurance, accident insurance or third party liability insurance) and the liability of medical entities. In practice, the doubts concerned the additional burden on hospitals to pay the insurance premium, and in the absence of insurance or exhaustion of the sum insured – the need to satisfy the claims of the applicant. A huge number of practical and legal doubts caused the amendment of the applicable provisions.

Keywords: medical event, insurance, doctor, patient

* dr; Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Prawa i Administracji, Instytut Nauk Prawnych. Źródła finansowania publikacji: środki własne autorki; e-mail: agnieszkahuras@op.pl

Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych jest kluczowym elementem obowiązującego od 1 stycznia 2012 r. nowego systemu kompensacji szkód doznanych przez pacjentów w wyniku świadczeń szpitalnych. System ten został szczegółowo uregulowany w znowelizowanej ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: PrPacjRPPU).

Wprowadzony przez ustawodawcę nowy model odpowiedzialności wzorowany jest na szwedzkim ubezpieczeniu na rzecz pacjenta (*no fault patient insurance*), nazywanym też NFPI². We wskazanym systemie poszkodowany ma do wyboru dwie drogi dochodzenia odszkodowania: tradycyjną oraz ubezpieczeniową. W tym drugim przypadku pacjentowi gwarantuje się wypłatę wynagrodzenia niezależnie od winy świadczeniodawcy (*no fault*), a zamiast adekwatnego związku przyczynowego wymaga się jedynie prawdopodobieństwa wysokiego stopnia. Stosowną kwotę pacjent otrzymuje najczęściej już po kilku miesiącach. Z drugiej strony w ramach ubezpieczenia NFPI wprowadza się ograniczenia przedmiotowe oraz kwotowe, ograniczające wysokość podnoszonych roszczeń³. Co jednak istotne – w modelu szwedzkim (porównując go do regulacji przyjętej w Polsce) jego regulacja dotyczy zarówno zakładów opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych), jak również lekarzy i pozostałych osób dokonujących czynności medycznych. W ramach NFPI wynagrodzeniu podlega sześć kategorii szkód:

- powstałych na skutek leczenia;
- wynikających z wad instrumentu lub materiału badawczego używanego do badań, zabiegów lekarskich lub nieprawidłowego ich użycia;
- błędnej diagnozy;
- infekcji powstałej w czasie badania lub zabiegów lekarskich;
- nieprawidłowego przepisania leku;
- wypadku powstałego w trakcie badania, zabiegu czy transportu chorego⁴.

Wprowadzenie do polskiego systemu prawnego przepisów określających nowe zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadkach zdarzeń medycznych od początku spotkało się z dużym zainteresowaniem nauki prawa i praktyki⁵. Uzasadnieniem wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych w zakre-

¹ Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417, z późn. zm.

² Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417, z późn. zm.

³ Zob. m.in. E. Kowalewski, M. Śliwka, M. Wałachowska, *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010, nr 4, s. 22 i nast.

⁴ M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 2, s. 18.

⁵ M. Serwach, E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011; E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011, nr 1, s. 3 i nast.; M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3; M. Serwach, *Zasady i tryb ustalania odszkodowania w przypadku odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4, s. 17 i nast.

sie ubezpieczeń na gruncie polskim była krytyczna ocena sądowego trybu dochodzenia roszczeń z tytułu błędów lekarskich⁶. Nowe rozwiązania, z punktu widzenia pacjenta, miały w zakresie kompensacji szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych ułatwić dochodzenie roszczeń odszkodowawczych oraz zagwarantować pewność ich uzyskania w możliwie krótkim czasie⁷. Przyjęte rozwiązanie omawia w tym wymiarze jedną z podstawowych funkcji, jaką realizuje ubezpieczenie – funkcję ochronną. Lektura uzasadnienia do zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje, że rozpoznanie sprawy o odszkodowanie trwa na ogół ok. 4 lat (przy założeniu, że sprawa zostałaby rozpatrzona w postępowaniu dwuinstancyjnym, bez jej przekazania do ponownego rozpoznania, oraz że nie została złożona skarga kasacyjna)⁸. W ocenie prawodawcy wprowadzony system pozasądowego dochodzenia roszczeń powinien zapewnić uzyskanie odszkodowania lub zadośćuczynienia już po 4 miesiącach. Krytycznie do przewidywanego czasu uzyskania świadczenia odnieśli się E. Kowalewski i W.W. Mogilski, wskazując, że termin ten wydaje się nieosiągalny, przede wszystkim z uwagi na konieczność korzystania z opinii biegłych, co stanowi główną przyczynę przewlekłości tego rodzaju postępowań⁹. Niezależnie jednak od powyższych motywów należy wskazać, że uchwalenie nowych przepisów zapewniło pacjentom dodatkową ochronę w przypadku, gdy wskutek wystąpienia określonego uszczerbku niezbędne jest niezwłoczne uzyskanie środków pieniężnych potrzebnych do naprawienia powstałej szkody¹⁰.

Przyjęty przez ustawodawcę nowatorski model odpowiedzialności za zdarzenie medyczne budzi jednak wiele zastrzeżeń i pytań wymagających szczegółowego rozważenia. W pierwszej kolejności należy dokonać analizy przedmiotu UPZM, ponieważ kwestia ta budzi w doktrynie sporo kontrowersji. Przedmiot ochrony decyduje o jego przynależności do określonej grupy ubezpieczeń według załącznika do ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (dalej: UbezpU)¹¹. Przedmiot ubezpieczenia można definiować na różne sposoby, wskazując chronione dobra majątkowe lub osobiste, następstwa ryzyka objęte ochroną ubezpieczeniową lub rodzaje świadczeń z tytułu ubezpieczenia¹². W literaturze przedmiotu brak

⁶ Tak: E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1, s. 3-4.

⁷ Zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilno prawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 105-110.

⁸ W praktyce, z uwagi na duże skomplikowanie spraw z zakresu błędów medycznych, trwają one znacznie dłużej – nawet do 10 lat.

⁹ Zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 12.

¹⁰ M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu...*, Prawodawca w uzasadnieniu do zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zaznaczył, że projektowane rozwiązanie pozwoli dodatkowo na dochodzenie odszkodowania osobom, które ze względu na wysokie koszty rezygnowały z jego dochodzenia na drodze sądowej.

¹¹ Tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 950, ze zm.

¹² Szerzej W. Warkalło, [w:] W. Warkalło, W. Marek, W. Mogilski, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warsza-

jest jednoznacznego stanowiska co do przedmiotu UPZM, a źródła tego należy upatrywać w działaniach ustawodawcy. Wyraźnie unika on bowiem zdefiniowania przedmiotu UPZM. Ustawa o działalności leczniczej ogranicza się do określenia „ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych”¹³. Sformułowanie „na rzecz pacjentów” wydaje się być niejasne, jednakże można je interpretować jako dobro lub mienie pacjenta, co w uproszczonej formie należy rozumieć jako ubezpieczenie pacjentów¹⁴. Natomiast posługiwanie się zwrotem „z tytułu” (zdarzeń medycznych) oznacza tyle, co „z powodu” lub „za przyczyną” i sugeruje, że zdarzenie medyczne nie jest przedmiotem ubezpieczenia, a jedynie wyznacza zakres ryzyka objętego ubezpieczeniem¹⁵.

Należy więc wskazać, że przedmiotu UPZM nie sposób określić na podstawie wykładni literalnej pojęcia „zdarzenie medyczne”. Prawodawca, definiując pojęcie zdarzenia medycznego w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zrezygnował z terminu błędu medycznego (art. 67a ust.1 PrPacjRPPU). W odpowiedzi bowiem na zastrzeżenia kierowane przez środowisko medyczne, którego przedstawiciele wskazywali na nieprawidłowość sformułowania „błąd medyczny”, sugerującego winę czy też negatywne postępowanie odpowiedzialnego podmiotu, na ostatnim etapie prac legislacyjnych krytykowane pojęcie zostało zamienione na sformułowanie „zdarzenie medyczne”¹⁶. Samo pojęcie „z tytułu zdarzeń medycznych” nie jest jednak precyzyjne i może być traktowane zarówno przez pacjentów, jak i ubezpieczycieli rozszerzająco, a przez szpitale – zawężająco. Wspólne stanowisko w tej kwestii może okazać się trudne i możliwe do zrealizowania dopiero w sądzie¹⁷. W tym aspekcie należy pozytywnie ocenić szczegółowe dookreślenie ustawowego terminu „zdarzenia medycznego”, które znajduje się w art. 67a ust. 1 PrPacjRPPU. Zgodnie z treścią wskazanej regulacji pojęcie to oznacza: zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będącą następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
- 2) leczenia, w tym wykonywania zabiegu operacyjnego;
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

wa 1983, s.100, 129; E. Kowalewski, [w:] E. Kowalewski, D. Fuchs, W. Mogilski, M. Serwach, *Prawo ubezpieczeń gospodarczych*, Bydgoszcz – Toruń 2006; s. 21-25; J. Preis, *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2, s. 139 i nast.

¹³ Art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

¹⁴ P. Dzieciół, *Wybrane problemy funkcjonowania ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych*, [w:] T.H. Bednarczyk (red.), *Ubezpieczenia i bankowość z perspektywy młodego ekonomisty. Wybrane problemy*, Lublin 2015.

¹⁵ Zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 19.

¹⁶ M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności...*, s. 18-19.

¹⁷ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Wyd. II, LEX 2014/el., Komentarz do art. 17 ustawy o działalności leczniczej.

Wymóg niezgodności z aktualną wiedzą medyczną sugeruje zdaniem przedstawicieli doktryny, że ustawodawca położył nacisk na decyzje stricte medyczne. Zdarzenie medyczne to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej¹⁸. Jest to kategoria obiektywna i zależy wyłącznie od aktualnego stanu wiedzy w zakresie nauk medycznych¹⁹. W omawianej konstrukcji ustawodawca zrezygnował z odwoływania się do winy podmiotu leczniczego. Decydującą okolicznością wskazującą na możliwość powstania odpowiedzialności z tytułu zdarzenia medycznego jest bowiem wystąpienie określonego uszczerbku na skutek działań niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. W doktrynie wskazuje się, że założeniem ustawy było, aby fakt wystąpienia winy konkretnego podmiotu lub jej braku nie miał, z punktu widzenia przyjętej odpowiedzialności za zdarzenia medyczne, żadnego prawnego znaczenia²⁰. Niektórzy autorzy uważają jednak, że użycie warunku „niezgodności z aktualną wiedzą medyczną” stanowi wyraźny element zawinienia²¹. Ponadto w doktrynie pojawiają się głosy krytyczne, wskazujące, że przyjęta w polskim ustawodawstwie definicja zdarzenia medycznego nie skłania się ku widocznym coraz częściej tendencjom do odchodzenia od wymogu związku przyczynowego²².

Kolejną istotną kwestią wymagającą rozważenia jest ustalenie charakteru prawnego omawianego świadczenia ubezpieczeniowego. Naturę ubezpieczenia określa bowiem obok przedmiotu ochrony również charakter świadczeń ubezpieczeniowych²³. W doktrynie za dominujący należy uznać pogląd uznający UPZM za ubezpieczenie o charakterze osobowym. Kluczowe wydają się w tej kwestii argumenty podniesione przez E. Kowalewskiego i W.M. Mogilskiego. Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych chroni bowiem zdrowie i życie pacjentów, czyli *bona par excellence* osobiste, a zatem już na pierwszy rzut oka wydaje się być ubezpieczeniem osobowym. Autorzy wskazują jednak, że UPZM zawiera również pewne cechy ubezpieczenia majątkowego. Mamy bowiem do czynienia ze świadczeniami typu odszkodowawczego, a przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odwołują się bezpośrednio do pojęć „zadośćuczynienia” i „odszkodowania” za szkody na osobie pacjenta. Pacjentowi nie

¹⁸ Na temat użytego przez ustawodawcę terminu „aktualna wiedza medyczna” zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX/el. 2012, Komentarz do art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz E. Zielińska, *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, s. 344.

¹⁹ Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, Komentarz do art. 67(a) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

²⁰ M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności...*, s. 19.

²¹ Zdaniem J. Preis *W sprawie charakteru prawnego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2015, nr 2, s. 142) w zastosowanej regulacji występuje sprzeczność w odniesieniu do treści jej uzasadnienia, gdzie podkreśla się podobieństwo przyjętych rozwiązań do nordyckiego ubezpieczenia pacjentów oderwanego od winy (No Fault Patient Insurance – NFPI).

²² Zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 11 oraz K. Bączek, *Nowozelandzki model odpowiedzialności za szkody wyrządzone przy leczeniu*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 1.

²³ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Warszawa 2012, s. 206.

przysługuje wprowadzić odszkodowanie w pełnej wysokości, lecz w postaci tzw. *damage caps*, a więc w wysokości ustawowych ryczałtów, jednak ryczałty te mają bez wątpienia charakter odszkodowawczy²⁴. E. Kowalewski na poparcie swojego poglądu przytacza następujące argumenty, które wydają się przemawiać za osobową naturą omawianego ubezpieczenia. Po pierwsze, charakter przedmiotu ubezpieczenia ma znaczenie wiodące, po drugie, w ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela również może mieć charakter odszkodowawczy, a po trzecie, z techniczno-ubezpieczeniowego punktu widzenia wyznacznikiem należnych uprawnionemu pacjentowi świadczeń pieniężnych będą sztywne ryczałty, a więc dokładnie tak jak w przypadku ubezpieczenia osobowego²⁵.

Największe kontrowersje w doktrynie budzi jednak kwestia obowiązkowego charakteru UPZM. Problematyka ta, jak wskazuje E. Kowalewski, jest kluczowa, gdyż od tego, czy ubezpieczenie to uznamy za obowiązkowe, zależeć będzie skuteczność nowego systemu kompensacji zdarzeń medycznych²⁶. Niestety, brak konsekwencji ustawodawcy, niejasność i niedopracowanie przyjętych regulacji powodują, że przyjęte rozwiązania dotyczące obowiązkowego charakteru UPZM są niejednoznaczne i prowadzą do sporów w doktrynie. W założeniach ustawodawcy miało to być ubezpieczenie obowiązkowe, o czym świadczy między innymi równoczesna z jego wprowadzeniem nowelizacja ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z 2003 r.

E. Kowalewski prezentuje stanowisko, że ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych należy do kategorii ubezpieczeń obowiązkowych w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych z 22 maja 2003 r. Dodatkowym argumentem przemawiającym za wskazywaną tezę jest nowelizacja art. 13 ust. 1 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych. W wyniku nowelizacji wskazanego przepisu dotychczasowe podstawy wypłaty odszkodowań w postaci: uznania roszczenia uprawnionego, zawartej z nim ugody oraz prawomocne orzeczenie sądu zostały uzupełnione w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta. E. Kowalewski stoi na stanowisku, że wobec powyższych argumentów nie ma wątpliwości, że do procedur dochodzenia roszczeń z tytułu UPZM znajdują zastosowanie ogólne przepisy o ubezpieczeniach obowiązkowych²⁷.

Kolejnym argumentem przeciwko uznaniu UPZM za obowiązkowe jest jego przedmiot. W świetle art. 3 ust. 1, art. 4 pkt 4 oraz art. 11 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych UPZM jako ubezpieczenie osobowe nie może być ubezpieczeniem obowiązkowym²⁸. W doktrynie zgodnie wskazuje się, że „ubezpieczenia osobowe nie są ubezpieczeniami obowiązkowymi nawet wtedy, gdy ustawa nakłada obowią-

²⁴ Zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 11-12.

²⁵ Zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie pacjentów...*, s. 102.

²⁶ Zob. E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 13.

²⁷ Zob. E. Kowalewski, *Ubezpieczenie pacjentów...*, s. 95; E. Kowalewski, W.W. Mogilski, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 13-14.

²⁸ J. Preis, *W sprawie charakteru...*, s. 139 i nast.

zek dotyczący danego ubezpieczenia”²⁹. Kolejny argument potwierdzający tezę, że UPZM nie ma charakteru obowiązkowego, prezentuje P. Dziecioł. Zdaniem tego autora pewną cechą charakterystyczną dla ubezpieczeń obowiązkowych jest ochrona interesu społecznego. Ten interes jest zabezpieczany nie tylko przez samą polisę ubezpieczeniową, ale również przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Tymczasem ustawodawca pominął ustanowienie tak zwanej subsydiarnej odpowiedzialności UFG. Brak odpowiedzialności UFG może sugerować, że UPZM nie jest ubezpieczeniem obowiązkowym, a na pewno nie posiada wszystkich jego cech³⁰.

Omawiając problematykę charakteru UPZM, należy również zauważyć, że szpital nie zawiera umów UPZM na rzecz poszczególnych pacjentów, lecz na rzecz obecnych i przyszłych pacjentów, a więc również nieznanymi w chwili zawierania umowy, którzy będą korzystać z jego świadczeń w okresie ubezpieczenia³¹. W takim ujęciu zawarta przez podmiot leczniczy umowa ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych stanowi ubezpieczenie grupowe, będące ubezpieczeniem bezimiennym o zmiennym składzie osobowym³².

Liczne spory w doktrynie wywoływała również problematyka dotycząca ujęcia ubezpieczenia od zdarzeń medycznych jako ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. W tej kwestii należy podzielić stanowisko M. Frasa, według którego ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych jest umową ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zawieraną na rachunek jego pacjentów przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych³³.

Analizując problematykę regulacji dotyczącej przebiegu postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego, należy przyjąć, że co do zasady, jest ono wszczynane na wniosek kierowany do wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych właściwej ze względu na siedzibę szpitala. W doktrynie podkreśla się, że postępowanie to ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego³⁴. Uprawniony do złożenia wniosku jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, w razie śmierci pacjenta prawo żądania ustalenia zdarzenia medycznego przysługuje spadkobiercom pacjenta. Wyjątek od zasady wnioskowego trybu wszczynania postępowania ustawodawca przewidział w art. 67b ust. 3n PrPacJRPPU. Zgodnie powyższą regulacją w przypadku zakończenia postępowania, o którym mowa w art. 67b ust. 2 pkt 1³⁵,

²⁹ M. Orlicki, *Przymusowe ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków*, „Studia Ubezpieczeniowe. ZN UE w Poznaniu” 2009, nr 127, s. 399.

³⁰ P. Dziecioł, *Wybrane problemy funkcjonowania ubezpieczeń...*, s. 15.

³¹ M. Krajewski, *Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej*, [w:] A. Koch (red.), *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, Bydgoszcz – Poznań 2005, s. 76 i nast.

³² M. Fras, *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty prawne*, Warszawa 2015, s. 67.

³³ Ibidem, s. 66.

³⁴ M. Serwach, *Zasady i tryb ustalania odszkodowania...*, s. 29 i nast.

³⁵ Wskazany przepis dotyczy postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny lub postępowania karnego w sprawie o przestępstwo.

postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych podejmuje się z urzędu. Ponadto art. 67b ust. 2 pkt 2 stanowi, że postępowania nie wszczyna się, a wszczęte umarza w przypadku, gdy w związku z tym samym zdarzeniem prawomocnie osądzono sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne albo toczy się postępowanie cywilne w tej sprawie. Uzasadnieniem wskazanych przepisów jest konieczność odciążenia powszechnego systemu sądowego. Z tego względu właściwie wykluczone jest równoległe toczenie się postępowania cywilnego oraz quasi-administracyjnego (jak jest określane postępowanie o ustalenie zdarzenia medycznego)³⁶. Złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego rozumiane jest w różnym ujęciu. Zgodnie z art. 67 c ust. 2 wniosek taki może być złożony w terminie jednego roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż 3 lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta. W związku z faktem, że wzorowany na szwedzkim modelu, uproszczony system kompensacji szkód medycznych ma na celu przyspieszenie postępowania, ustawodawca przewidział termin 4 miesięcy na wydanie przez wojewódzką komisję orzeczenia w sprawie. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 11 marca 2014 r.³⁷, pomimo odpowiedniego zastosowania wybranych przepisów Kodeksu postępowania cywilnego, postępowanie przed Komisją nie ma – z założenia ustawodawcy – charakteru postępowania sądowego. Ubezpieczyciel jest związany wydanym przez Wojewódzką Komisję orzeczeniem za pośrednictwem Komisji, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o bezskutecznym upływie 14-dniowego terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, przedstawia on podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. W tym miejscu należy rozważyć jeden z najistotniejszych elementów postępowania prowadzonego przez wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, tj. ograniczoną ustawowo wysokość należnego świadczenia. W art. 67k ust. 7 PrPacjRPPU ustawodawca wskazał, że maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała, lub rozstroju zdrowia – wynosi 100 000 zł;
- 2) śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł; W zakresie przyjętych maksymalnych kwot należnego odszkodowania i zadośćuczynienia interesujące wnioski przedstawia M. Serwach. Zdaniem autorki przyznanie kwoty trzykrotnie wyższej w przypadku śmierci pacjenta jego spadkobiercom, niż samemu pacjentowi jako

³⁶ Zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX/el. 2012, Komentarz do art. 67 (b) ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³⁷ Wyrok TK z 11 marca 2014 r., sygn. akt K 6/13, pełny tekst wyroku dostępny jest na stronie Trybunału Konstytucyjnego.

bezpośrednio poszkodowanemu, jest tendencją odwrotną niż w przypadku regulacji przewidzianych w art. 444–448 kc. Jak bowiem wskazuje praktyka, zasądzone na ich podstawie bezpośrednio poszkodowanemu sumy są zazwyczaj znacznie wyższe niż podmiotom pośrednio poszkodowanym³⁸. Wydaje się, jak słusznie wskazuje *in fine* autorka, że uzasadnieniem stanu prawnego jest okoliczność, że liczba spadkobierców – wnioskodawców, dotyczy wszystkich spadkobierców i w konsekwencji zasądzona kwota podlega podziałowi. W przypadku, gdy ubezpieczyciel nie przedstawi w 30-dniowym terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, jest obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku, nie wyższej niż określa ustawa. W tym przypadku Wojewódzka Komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Podmiot składający wniosek w terminie 7 dni od dnia otrzymania propozycji składa ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Wojewódzkiej Komisji, oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. W przypadku przyjęcia propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawionej przez ubezpieczyciela stanowi ona tytuł wykonawczy w rozumieniu przepisów o postępowaniu cywilnym.

Ze wskazanych przepisów wynika zatem, że zastosowano:

- *sui generis* – *actio directa*;
- formułę tzw. *act committed* i *loss manifestation*.

Takie założenie rodzi określone konsekwencje. Zgodnie z art. 822 § 4 kc uprawniony do odszkodowania w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Na gruncie omawianych przepisów *actio directa* ma niejako charakter obligatoryjny – ubezpieczyciel uczestniczy w postępowaniu przed Komisją.

Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji ubezpieczyciela podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez Wojewódzką Komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku (art. 67k ust. 6 PrPacJRPPU). Powyższe rozważanie należy poddać zdecydowanej krytyce. Uzasadnione są bowiem uwagi wskazujące, że pozbawienie możliwości dochodzenia naprawienia – na zasadach ogólnych – szkody, która nie została w pełni wyegzekwowana w postępowaniu pozasądowym, nie jest rozwiązaniem zadowalającym. Ani system szwedzki, ani francuski nie wykluczają drogi sądowej i zasądzenia sum ponad kwotę przyznaną w trybie pozasądowym. Z tego też względu również polski model pozasądowej kompensacji szkód medycznych powinien stanowić alternatywny, niewykluczają-

³⁸ M. Serwach, *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności...*

cy sądowego trybu, sposób dochodzenia roszczeń³⁹. Należy bowiem odnotować, że najistotniejszą cechą zaproponowanego systemu miała być jego alternatywność wobec cywilnoprawnej drogi sądowej, nie zaś jego wyłączność. Tymczasem konstrukcja zrzeczenia się wszelkich roszczeń przyjęta na gruncie UPZM zamyka pacjentowi możliwość dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Niejasne są skutki, jakie wywołuje przyjęcie propozycji. Uzasadnione byłoby przyjąć skutki zawarcia ugody (tak jak w systemie francuskim)⁴⁰. Niestety, kwestii tej polski ustawodawca nie doprecyzował w przyjętej regulacji. Wydaje się, że ustawowe rozwiązanie zakłada, że w przypadku, gdy szkoda poniesiona przez pacjenta nie została w pełni wyegzekwowana, może on jej dochodzić na zasadach ogólnych na drodze sądowej. Tymczasem w na gruncie przyjętych rozwiązań droga sądowa będzie dopuszczalna jedynie w zakresie:

- zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia, a ujawnią się po dniu złożenia wniosku;
- waloryzacji otrzymanego świadczenia, na zasadach ogólnych.

Nie zostaje także wyłączona droga sądowa w przypadku, gdy podmiot składający wniosek złożył oświadczenie o zrzeczeniu się wyżej wymienionych roszczeń na przykład pod wpływem błędu lub groźby.

Podsumowując przeprowadzone wyżej rozważania dotyczące kompensacji zdarzeń medycznych, należy zauważyć, że zdarzenia te budzą wiele zastrzeżeń w doktrynie. Liczne mankamenty dotyczące m.in. obowiązkowego charakteru UPZM, natury prawnej UPZM, definicji zdarzenia medycznego, a także brak określenia zakresu ubezpieczenia, implikują twierdzenie, że kompensacja zdarzeń medycznych nie została poprawnie skonstruowana pod względem merytorycznym i formalnym⁴¹.

Ponadto niektóre rozwiązania w ramach przyjętego modelu ubezpieczenia pozostają w sprzeczności z regulacjami Kodeksu cywilnego. Na przykład w art. 14 ust. 2 pkt 2 DziałLeczU wprowadzono wymóg, aby szpital, jako ubezpieczający, na wniosek pacjenta udzielił mu niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, jak również umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, która, jak wykazano, stanowi przykład umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Przepis ten wyraźnie pozostaje w sprzeczności z art. 808 § 4 kc, który obowiązek informowania ubezpieczonego o zawartej na jego rachunek umowie nakłada na ubezpieczyciela⁴².

³⁹ A. Rabięga-Przyłęcka, *Pozasądowy system kompensacji szkód wynikających ze zdarzeń medycznych*, [w:] Z. Duniewska, M. Stahl (red.), *Odpowiedzialność administracji i w administracji*, LEX/el 2013.

⁴⁰ K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007, s. 258; M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikających ze zdarzeń medycznych – problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011, s. 30.

⁴¹ E. Kowalewski, W.W. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 10.

⁴² M. Fras, *Umowa...*, s. 173.

Pojawia się również w doktrynie postulat *de lege ferenda*, aby ustawodawca kolejnymi zmianami nie utrudniał funkcjonowania rozwiązania, które sam wprowadził, lecz pozwolił na jego stosowanie⁴³. Należy bowiem podzielić stanowisko, że miarodajne oceny funkcjonowania przyjętego modelu możliwe będą dopiero po zdobyciu doświadczeń natury praktycznej. W doktrynie można jednak wskazać na odmienne zapatrywania, że obowiązujące rozwiązania nie mają jednak szans na pełne i prawidłowe wdrożenie⁴⁴.

Przyjęta idea ubezpieczenia zdarzeń medycznych w formule *first party insurance* jest krokiem we właściwym kierunku⁴⁵. Wydaje się jednak, że konieczna jest modyfikacja przyjętych rozwiązań, a w toku takich prac należy skorzystać z doświadczenia zdobytego na gruncie funkcjonującego systemu. Waga społeczna omawianej tematyki implikuje konieczność zasadniczych reform, poprzedzonych analizą założeń, konstrukcji i funkcjonowania obecnie obowiązujących regulacji w tym zakresie.

Bibliografia

Dzięcioł P., *Wybrane problemy funkcjonowania ubezpieczeń z tytułu zdarzeń medycznych*, [w:] T.H. Bednarczyk (red.), *Ubezpieczenia i bankowość z perspektywy młodego ekonomisty. Wybrane problemy*, Lublin 2015.

Fras M., *Umowa ubezpieczenia grupowego. Aspekty prawne*, Wolters Kluwer 2015.

Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX/el. 2012, Komentarz do art. 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Kowalewski E., (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011.

Kowalewski E., Mogiński W.W., *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 1.

Kowalewski E., *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów od następstw zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2011.

Kowalewski E., Śliwka M., Wałachowska M., *Kompensacja szkód wynikłych z „błędów medycznych”. Ocena projektowanych rozwiązań prawnych*, „Prawo i Medycyna” 2010.

Kowalewski E., *Ubezpieczenie pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych – blaski i cienie*, [w:] E. Kowalewski (red.), *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Toruń 2011.

Krajewski M., *Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej*, [w:] A. Koch (red.), *Umowa ubezpieczenia. Aktualne problemy prawne*, Bydgoszcz – Poznań 2005.

⁴³ M. Serwach, *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych...*

⁴⁴ E. Kowalewski, W.W. Mogiński, *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów...*, s. 15.

⁴⁵ E. Kowalewski, *Obowiązkowe ubezpieczenie pacjentów...*, s. 59-73.

Mogilski W.W., *Ubezpieczenia obowiązkowe w polskim systemie prawnym*, PA 1997.

Orlicki M., *Przymusowe ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków*, „Studia Ubezpieczeniowe. ZN UE w Poznaniu” 2009, nr 127.

Serwach M., *Charakterystyka i zakres odpowiedzialności za zdarzenia medyczne*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 3.

Serwach M., *Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych w teorii i praktyce*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 4.

Serwach M., *Zasady i tryb ustalania odszkodowania w przypadku odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” 2011, nr 4.

Zielińska E., *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska 2014.